

# Resumen odontológico

## Essential Premier Dental

### Red Delta Dental Premier®

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible común por año calendario (por persona)		\$50
Deducible común por año calendario (por familia)		\$150
Beneficio máximo por año calendario (por persona)		\$1,000

### Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbese e inicie sesión en [myProvidence.com](http://myProvidence.com).

- Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan juntos para cumplir con el deducible por año calendario y el beneficio máximo.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores dentro de la red Dental Premier. Vea una lista de proveedores de la red en [ProvidenceHealthPlan.com/FindADentist](http://ProvidenceHealthPlan.com/FindADentist).
- Si decide salir de la red, quizás quede sujeto a la facturación por costos que superan el monto concedido máximo del plan (*Maximum Plan Allowance*, MPA). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos cargos del MPA.
- Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte los detalles en su manual de servicios odontológicos.
- Para comunicarse con el Servicio de atención al cliente, lo que incluye reclamos de servicios odontológicos y predeterminación de beneficios, llame al 833-212-5035.

Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos.

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>		
Exámenes de rutina (1 cada 6 meses, incluida una evaluación integral)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Radiografías de mordida (1 serie cada 12 meses)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 5 años)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Limpieza (1 cada 6 meses)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Fluoruro tópico (1 cada 6 meses hasta los 19 años; 1 cada 6 meses para mayores de 19 años si se realizó una cirugía periodontal recientemente o si hay riesgo de caries)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Selladores (1 por diente en un período de 5 años limitado a las superficies oclusales de los molares permanentes)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Mantenedores de espacio (una vez por espacio)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
<b>Servicios básicos</b>		
Empastes restauradores	20 %	20 %
Extracciones por cirugía bucal y otros procedimientos quirúrgicos menores	20 %	20 %
Endodoncia y periodoncia	20 %	20 %
Coronas de acero inoxidable (una única vez para los dientes de leche; una vez cada 24 meses para los dientes permanentes)	20 %	20 %
<b>Servicios mayores</b>		
Coronas de porcelana y oro (servicio único por diente en un período de 7 años)	50 %	50 %
Restauraciones con molde dental (una vez por diente en un período de 7 años)	50 %	50 %
Prótesis dentales y puentes (elaboración o reparación de puentes fijos, prótesis parciales y prótesis dentales completas; limitado a una vez en un período de 7 años; no cubierto para menores de 16 años)	50 %	50 %
Implantes (una única vez por espacio del diente)	50 %	50 %
Protectores bucales deportivos (una vez cada 12 meses hasta los 16 años y una vez cada 24 meses para los mayores de 16 años)	50 %	50 %
Guarda oclusal (férula de relajación), cubierta hasta \$200 cada 5 años	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓

✓ El deducible no se aplica

**Los siguientes servicios están excluidos.** Consulte la explicación completa de las limitaciones y exclusiones en su manual para miembros.

- Anestésicos, analgésicos, hipnosis y la mayoría de los medicamentos, incluido el óxido nitroso
- Cargos que superan el monto concedido máximo del plan
- Registros (incluido el periodontal y gnatológico)
- Malformaciones congénitas o del desarrollo
- Servicios estéticos
- Duplicación e interpretación de radiografías o registros
- Tratamiento experimental o de investigación
- Costos del hospital u otras tarifas para recibir atención en un centro o en el hogar
- Instrucciones o capacitación (lo que incluye indicaciones para el control de la placa dental y la higiene bucal o para la dieta)
- Medicamentos
- Ortodoncia, salvo que su plan incluya el beneficio complementario de ortodoncia (vea la sección 4.5 de su manual)
- Férulas de relajación y protectores bucales deportivos de venta libre
- Reconstrucción o mantenimiento de las superficies de masticación (desalineación o maloclusión) o estabilización de los dientes
- Autotratamiento
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley de la ciudad, el condado, el estado o a nivel federal, excepto por Medicaid
- Los servicios de traducción o lengua de señas no están cubiertos como cargos separados
- Trastornos de la articulación temporomandibular
- Tratamiento antes de que empiece la cobertura o después de que termine
- Tratamiento no necesario desde el punto de vista dental

✓ El deducible no se aplica

## Explicación de términos y frases

**Coseguro** - El porcentaje del costo que quizá deba pagar por los servicios cubiertos.

**Deducible común** - El monto en dólares que paga un individuo o familia por servicios cubiertos dentro y fuera de la red antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan juntos para cumplir con el deducible por año calendario. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o familia: servicios no cubiertos por el plan; tarifas que superen los cargos del monto concedido máximo del plan (MPA) conforme a lo dispuesto por el plan; los copagos y el coseguro por los servicios que no se aplican al deducible.

**Dentro de la red** - Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de odontólogos y proveedores altamente calificados con contrato con el Plan. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de parte de proveedores de la red.

**Limitaciones y exclusiones** - Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Consulte su manual para miembros o su contrato para ver una lista completa.

**Monto concedido máximo del plan (MPA)** - El monto máximo que el plan les reembolsa a los proveedores. El MPA se basa en un plan de tarifas de PPO o en una tarifa acordada. Cuando use un odontólogo fuera de la red que no tenga tarifas acordadas con los proveedores de nuestra red odontológica, el plan reembolsará al proveedor teniendo en cuenta el MPA, y los montos superiores al MPA serán su responsabilidad.

**Beneficio máximo del año calendario** - Monto total en dólares de beneficios que puede recibir por año calendario.

**Fuera de la red** - Se refiere a los servicios que recibe de los odontólogos que no tienen un contrato con la red Delta Dental Premier. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](http://ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider).

**Predeterminación de beneficios** - Para los planes de tratamiento costosos, hay un servicio de predeterminación disponible. El odontólogo puede presentar una solicitud de predeterminación para obtener un costo estimado de lo que el plan pagaría. La predeterminación se procesará según la póliza actual del miembro y se le volverá a enviar al odontólogo. Usted y su odontólogo deben revisar la información antes de empezar el tratamiento.

## Contacto:

*Servicio de atención al cliente por temas de atención dental: 833-212-5035*  
*TTY: 711*

✓ El deducible no se aplica